

阿賀野市

介護予防・日常生活支援総合事業の手引き

令和3年11月

阿賀野市民生部高齢福祉課

－ 目 次 －

【1】 介護予防・日常生活支援総合事業とは	1
【2】 阿賀野市の方針	1
【3】 阿賀野市の事業構成	1
【4】 総合事業の対象者と利用サービス	2
【5】 総合事業のサービス内容	2
【6】 サービス利用の流れ	3
【7】 住所地特例者の取り扱い	4
【8】 阿賀野市以外のサービス事業所を利用する場合	4
【基本チェックリスト】	5

【1】 介護予防・日常生活支援総合事業とは

市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを旨とするものです。

総合事業の趣旨

- 要支援状態からの自立の促進
- 重症化予防の促進
- 目標立てし、その達成に向けてサービスを利用しながら一定期間取り組み、達成後により自立した次のステップに移っていく等の自立支援

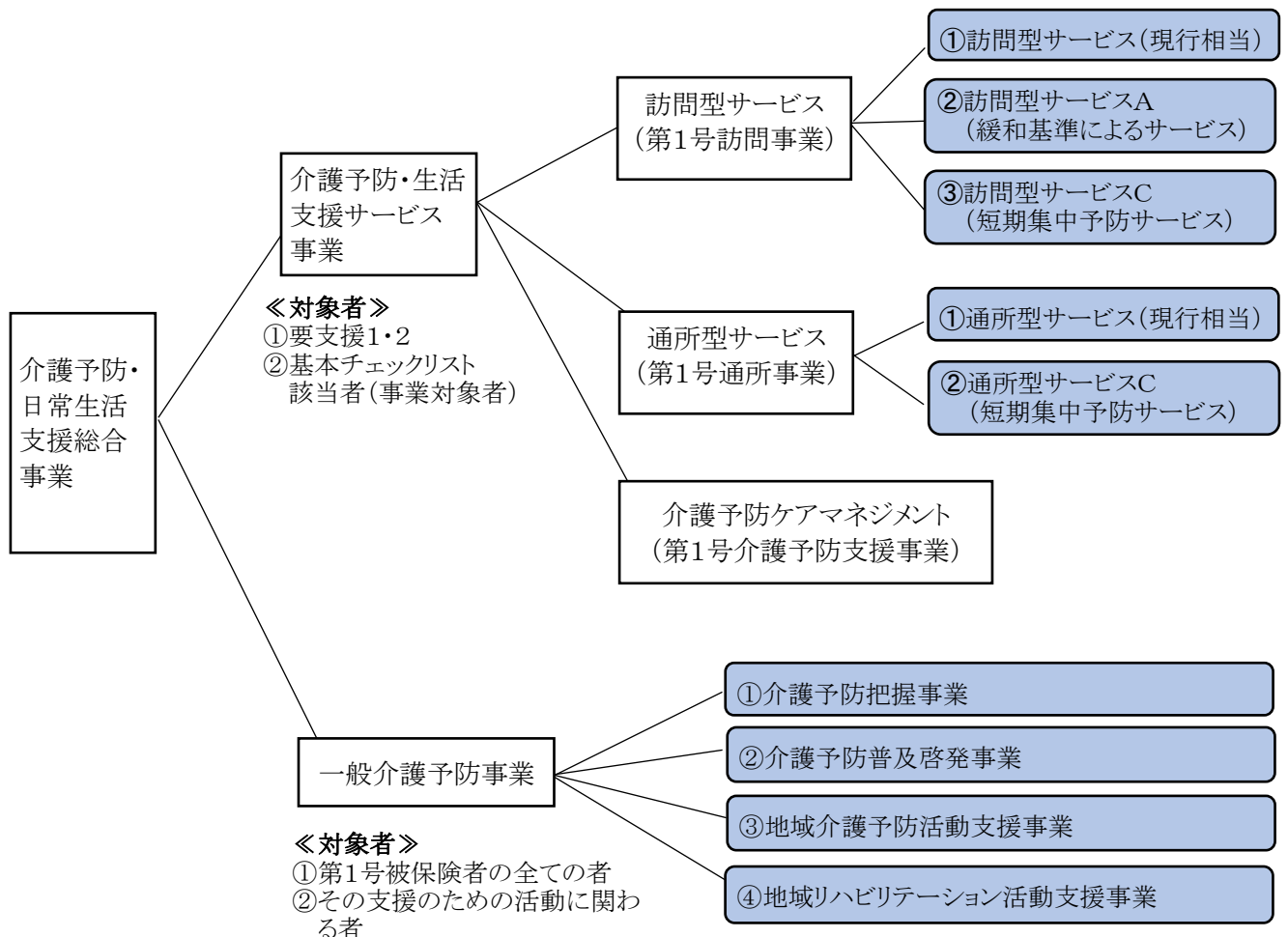
【2】 阿賀野市の方針

『いつまでも住み慣れた地域でいきいきと生活できることを目指して』

当市において、要介護認定率が増える75歳以上人口は2035年がピークです。それに伴い介護や生活支援を必要とする高齢者が増えると予測されます。いわゆる生産年齢人口が減少の一途を辿る中、従来の介護サービスだけでなく多様な担い手による支援体制を地域内に作っていく必要があります。

一人ひとりができる限り介護予防に努めるとともに、何らかの役割を持って生活する、住民参加による幅広い支え合いの地域づくりを推進するために本事業を実施します。

【3】 阿賀野市の事業構成



【4】 総合事業の対象者と利用サービス

総合事業には「介護予防・生活支援サービス事業」と「一般介護予防事業」があります。

■「介護予防・生活支援サービス事業」を利用できる対象者

1. 要支援認定を受けた人
2. 基本チェックリストで事業対象者と認められた人

■介護予防・生活支援サービス事業利用者が要介護1～5となったとき、本人が希望し、阿賀野市が必要と判断すれば、「介護予防・生活支援サービス事業」を引き続き利用できます。

■「一般介護予防事業」は概ね65歳以上のすべての高齢者が利用できます。

基本チェックリストとは

基本チェックリストは、25の質問項目で日常生活に必要な機能が低下していないかを調べます。介護予防・生活支援サービス事業のみを希望する場合には、基本チェックリストによる判定で、サービスを利用できます。（初回は要介護認定が必要です。）

【5】 総合事業のサービス内容

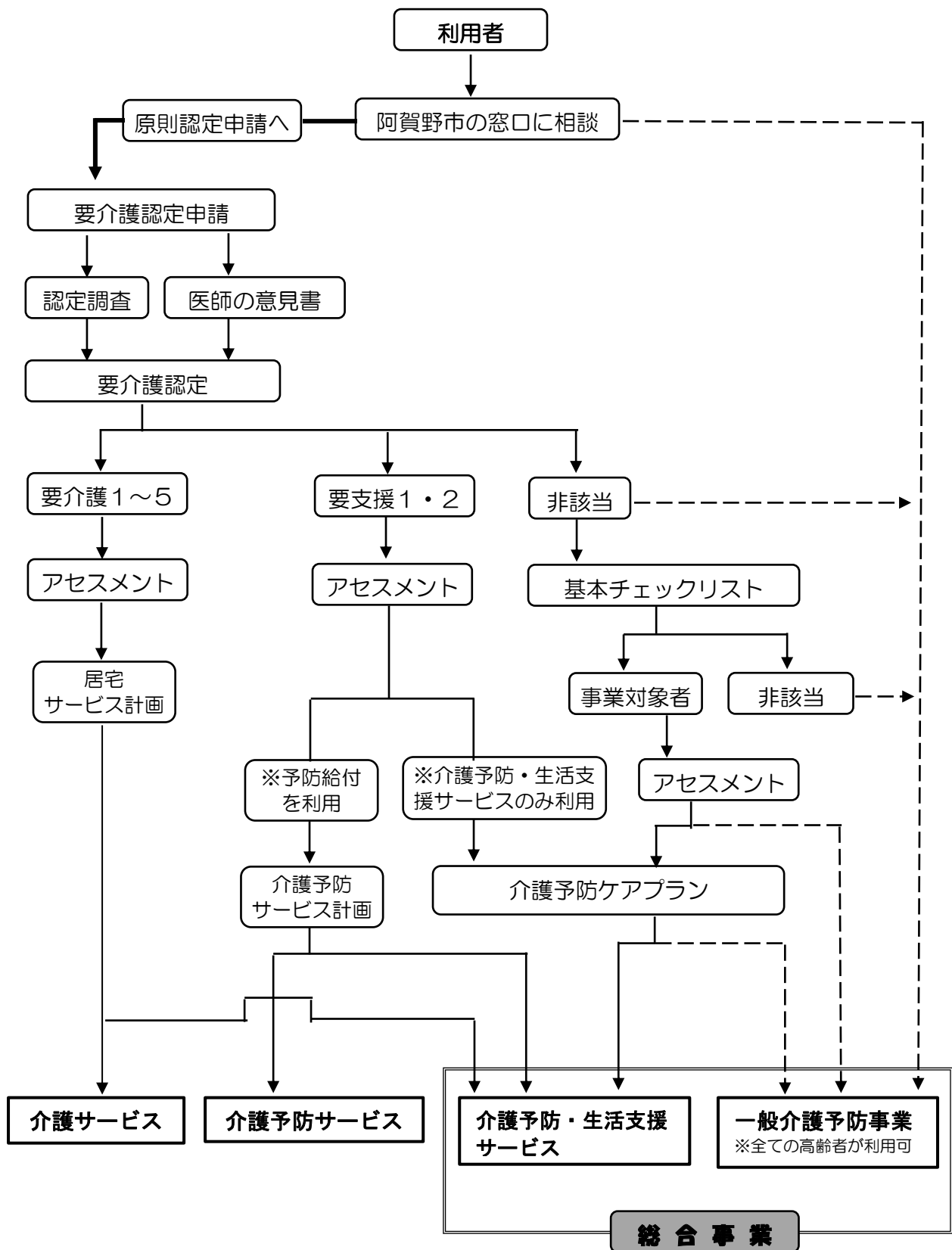
① 介護予防・生活支援サービス事業

	種 別	内 容
訪問型サービス	訪問型サービス（現行相当）	食事、入浴、更衣などの身体介護や、掃除、洗濯、買い物、調理等の生活援助
	訪問型サービスA（基準緩和型）	掃除、買い物、調理等の生活援助のみ
	訪問型サービスC（短期集中型）	週1回3か月の短期間で行う、自立のための機能回復訓練
通所型サービス	通所型サービス（現行相当）	デイサービスセンター等の施設で、食事、入浴、生活機能の維持・向上のための機能訓練
	通所型サービスC （めきめきモリモリ若返り講座）	週1回3か月の短期間で行う、生活機能向上を目指した運動器の機能向上や栄養改善、口腔機能改善

② 一般介護予防事業

事 業	内 容
水中運動教室	プールを利用し、介護予防のための運動を行う
介護予防教室・元気づくり教室	運動機能向上、栄養改善などの教室を開催
ふれあい広場	誰でも気軽に集える居場所を週1～2回開催
元気づくりサポーター養成講座・スキルアップ研修	介護予防活動を行う際の人材育成や支援
地域リハビリテーション活動支援事業	サロン等に専門職を派遣し、介護予防の取り組みを支援

【6】 サービス利用の流れ

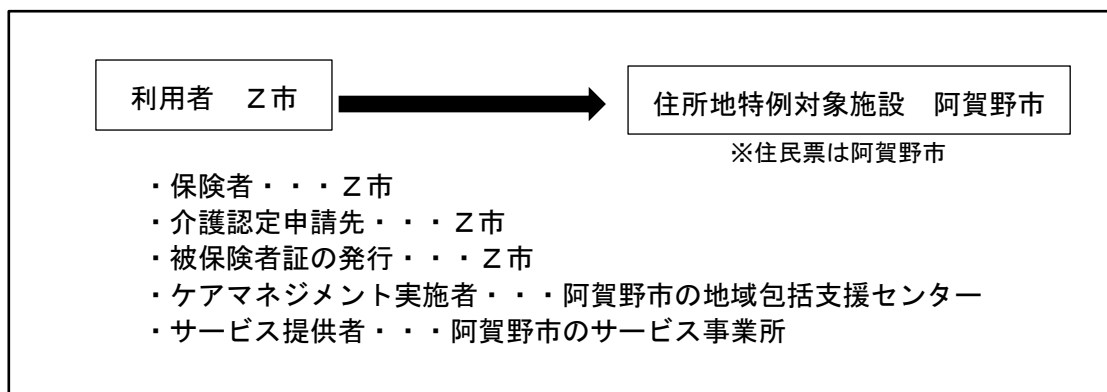


【7】 住所地特例者の取り扱い

住所地特例者とは・・・

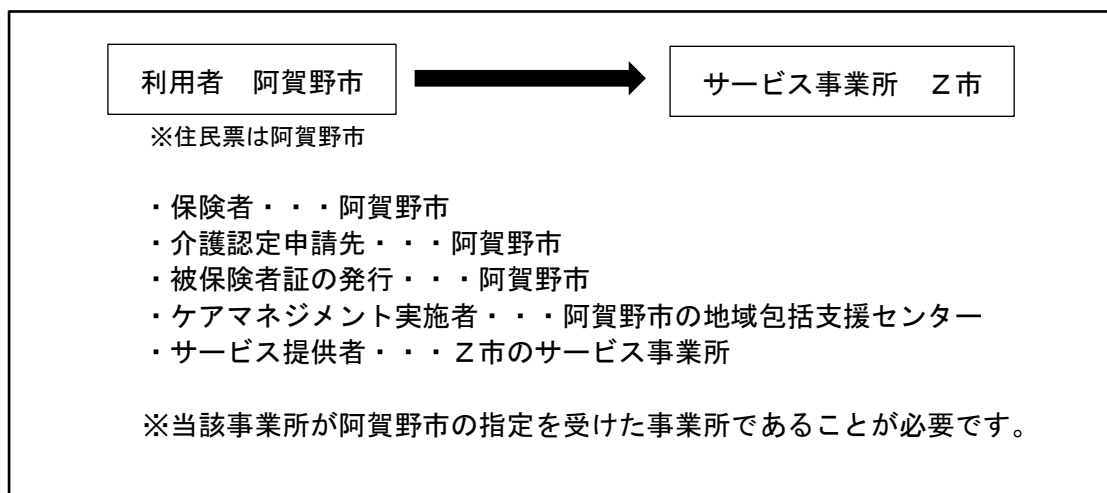
被保険者が、他市町村の施設に入所・入居して、施設所在地に住所を変更した場合には、現住所地（施設所在地）の市町村ではなく、元の住所地（施設入所前）の市町村の介護保険被保険者となります。

■ Z市から阿賀野市の施設に入所する場合



【8】 阿賀野市以外のサービス事業所を利用する場合

■ 阿賀野市に居住している人がZ市のサービス事業所を利用する場合



** ポイント **

- サービス事業の提供は施設所在市町村が実施します。
- 他市町村が保険者である住所地特例者が、阿賀野市のサービス事業を利用することは可能です。
- 住所地特例ではなく、住民票が居住地と異なる場合、基本的に居住地の総合事業サービスは利用できませんが、この場合はご相談ください。

基本チェックリスト様式

記入日： 年 月 日（ ）

氏名		住所		生年月日	
希望するサービス内容					
No.	質問項目	回答：いずれかに○をお付けください			
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ		
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ		
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ		
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ		
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ		
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ		
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ		
9	この1年間に転んだことがありますか	0. はい	1. いいえ		
10	転倒に対する不安は大きいですか	0. はい	1. いいえ		
11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	0. はい	1. いいえ		
12	身長 cm 体重 kg (BMI =) (注)				
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	0. はい	1. いいえ		
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	0. はい	1. いいえ		
15	口の渇きが気になりますか	0. はい	1. いいえ		
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ		
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	0. はい	1. いいえ		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	0. はい	1. いいえ		
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ		
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	0. はい	1. いいえ		
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	0. はい	1. いいえ		
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	0. はい	1. いいえ		
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	0. はい	1. いいえ		
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	0. はい	1. いいえ		
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	0. はい	1. いいえ		

(注) BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) が 18.5 未満の場合に該当とする

事業対象者に該当する基準

①質問項目No. 1～20までの20項目のうち10項目以上に該当
②質問項目No. 6～10までの5項目のうち3項目以上に該当
③質問項目No. 11～12の2項目のすべてに該当
④質問項目No. 13～15までの3項目のうち2項目以上に該当
⑤質問項目No. 16に該当
⑥質問項目No. 18～20までの3項目のうちいずれか1項目以上に該当
⑦質問項目No. 21～25までの5項目のうち2項目以上に該当

(注) この表における該当 (No. 12を除く) とは、回答部分に「0. はい」または「1. いいえ」に該当するということをいう。

この表における該当 (No. 12に限る) とは、 $BMI = \text{体重 (kg)} \div \text{身長 (m)} \div \text{身長 (m)}$ が18.5未満の場合をいう。

基本チェックリストについての考え方

【共通事項】

- ①対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいた上で回答してもらってください。それが適切な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行ってください。
- ②期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらってください。
- ③習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。
- ④各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目の表現は変えないでください。

	質問項目	質問項目の趣旨
1～5の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。		
1	バスや電車で1人で外出していますか	家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。
2	日用品の買い物をしていますか	自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。
3	預貯金の出し入れをしていますか	自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。
4	友人の家を訪ねていますか	友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。
5	家族や友人の相談にのっていますか	家族や友人の相談にのっているかを尋ねています。面談せず電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。
6～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すりを使っている場合には「いいえ」となります。
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっているかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。

	質問項目	質問項目の趣旨
8	15分位続けて歩いていますか	15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。
9	この1年間に転んだことがありますか	この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。
10	転倒による不安は大きいですか	現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。		
11	6ヵ月で2~3kg以上の体重減少がありましたか	6ヵ月間で2~3kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6ヵ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。
12	身長、体重	身長、体重は、整数で記載してください。体重は1ヵ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。
13~15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。
14	お茶や汁物でむせることがありますか	お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
15	口の渴きが気になりますか	口の中の渴きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。
16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。		
16	週に1回以上は外出していますか	週によって外出頻度が異なる場合は、過去1ヵ月の状態を平均してください。
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。
18~20の質問項目は、認知症について尋ねています。		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると云われますか	本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。

	質問項目	質問項目の趣旨
21～25の質問項目は、うつについて尋ねています。		
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	
23	(ここ2週間) 以前は楽に出来ていたことが今ではおっくに感じられる	
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	

【基本チェックリスト該当点数以上の場合】

該当点数により右枠の内容に該当する場合は、希望される総合事業サービス以外でも、下記該当事業について紹介する等、ケアマネジメントに反映してください。

- ①通いの場（サロン・地区運動教室など） ②受診勧奨 ③認知症地域支援推進員
④健康推進課 ⑤一般介護予防事業

※③④の市職員については、サービス担当者会議の参集や直接保健指導を依頼するなど、ケースに合わせた関与を依頼してください。

【総合事業サービス参加の可否等について主治医への相談が必要と考えられる主な場合】

- コントロールされていない心疾患・不整脈のあるもの
- 収縮期血圧 180mmhg 以上のものや 180mmhg 未満であっても状態等により検討が必要なもの
- 急性期の関節痛・関節炎・神経症状のあるもの
- 慢性閉塞性肺疾患（慢性気管支炎・肺気腫など）で息切れ・呼吸困難があるもの
- 急性期の肺炎・肝炎などの炎症のあるもの
- 認知機能低下により、プログラムの実施に支障をきたすもの
- その他、本サービス等の実施によって、健康状態が急変あるいは悪化する危険性があるもの